FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

81

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ROBERT (PAUL-YACINTHE-ROMUALD-JOSEPH)

ANCIEN INTERNE, HÔPITAL SAINT-MICHEL

Né le 12 septembre 1904 à l'Ile de la Réunion

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ANASTOMOSES ASEPTIQUES

SUR LE TRACTUS DIGESTIF

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur.*

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT

NANCY - PARIS - STRASBOURG

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ROBERT (PAUL-YACINTHE-ROMUALD-JOSEPH)

ANCIEN INTERNE, HÔPITAL SAINT-MICHEL

Né le 12 septembre 1904 à l'Ile de la Réunion

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ANASTOMOSES ASEPTIQUES

SUR LE TRACTUS DIGESTIF

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur.*

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT

NANCY - PARIS - STRASBOURG

1930

PERSONNEL ENSEIGNANT

LE DOYEN : M. ROGER.

Professeurs.

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

Agrégés en exercice.

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
BINET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Otof-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens.

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent.

MM.		MM.	
ALGLAVE. . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale

Chargés de cours.

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES FILS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-LOUIS FAURE

Qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUCHET

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-MICHEL

Au maître respecté qui m'a inspiré ce travail.

Hommage de ma profonde reconnaissance et de mon entier dévouement.

A MON MAITRE ET AMI,

MONSIEUR LE DOCTEUR LUQUET

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-MICHEL

INTRODUCTION

On sait l'importance du rôle joué par l'infection dans la chirurgie digestive, surtout dans les interventions intestinales où elle est cause de nombreux échecs.

C'est pourquoi, sans vouloir transformer la chirurgie gastro-intestinale, il nous a paru intéressant d'étudier ici un procédé d'anastomose gastrique et intestinale qui semble conférer un maximum d'asepsie et de sécurité.

D'ailleurs, les faits, ainsi que l'on pourra se rendre compte en lisant les observations ci-jointes, sont là pour le prouver pleinement.

Ce procédé consiste à établir la continuité de deux segments du tube digestif sans section de la muqueuse ni ouverture des cavités sous-jacentes, avec l'aide du bistouri diathermique.

HISTORIQUE

En 1896, Souligoux décrivit un procédé d'anastomose gastro-intestinale, sans ouverture des cavités, et en publia cinq ou six observations.

Nous décrirons rapidement la technique qu'il employa alors :

Les deux segments digestifs à anastomoser étant choisis, Souligoux pratiquait avec un écraseur spécial puissant l'écrasement de toutes les tuniques sur les portions digestives à réunir.

Ce premier temps était assez difficile et demandait un effort assez considérable.

Les segments écrasés, séro-musculeuse et muqueuse, Souligoux pratiquait alors deux surjets postérieurs, réunissant les deux segments digestifs et les coaptant.

Puis, avec l'aide de la potasse caustique, il badigeonnait la séreuse restée intacte des deux segments, de chaque côté des surjets.

Il pratiquait enfin les deux surjets antérieurs séro-séreux, l'un enfouissant l'autre.

L'écraseur avait pour but de mortifier les tissus de la séro-musculeuse et de la muqueuse, qui devait s'ouvrir spontanément par la suite.

Quant à la potasse, elle rongeait la séreuse et provoquait en quelque sorte sa section.

On voit combien était complexe, peu sûr et assez aveugle ce procédé d'anastomose.

Cependant, si l'exécution était défectueuse et compliquée, l'idée n'en était pas moins excellente, comme on le voit.

Et Victor Pauchet reprend actuellement cette idée et met en pratique un nouveau procédé d'anastomose, transformé entièrement à l'aide du couteau diathermique, et en règle minutieusement les différents temps.

DANS QUELS CAS EMPLOYER CE PROCÉDÉ?

Nous allons dès maintenant donner les nombreuses indications de cette anastomose, qui consiste, ainsi que nous l'avons déjà dit, à rétablir la continuité de deux segments du tube digestif, sans perforer les muqueuses, ni ouvrir les cavités sous-jacentes.

En général, toutes les anastomoses latéro-latérales sont susceptibles d'être traitées par ce procédé.

En particulier, nous verrons au cours de cette étude, le rôle important qu'il peut avoir dans :

— les gastro-entérostomies,

— les anastomoses intestinales,

— jéjuno-jéjunostomie complémentaire d'une gastrectomie;

— toutes les anastomoses intestinales en cavités closes, où son usage marque un grand pas dans la lutte contre l'infection, qui, comme on le sait, aggrave singulièrement le pronostic opératoire des interventions intestinales.

C'est aussi le procédé de choix, qu'à cause de la simplicité et de la rapidité de son exécution, l'on emploiera volontiers dans certaines conditions opératoires, où l'acte chirurgical devra être rapide et bref :

— gastro-entérostomie chez des malades en état de moindre résistance;

les *cancéreux*,

— gastro-entérostomie chez les perforés gastro-duodénaux, où il faut faire le minimum opératoire dans un minimum de temps.

Il nous semble également très indiqué dans les anastomoses entre la vésicule biliaire et l'estomac (gastro-cho'écystostomie) ou le duodénum (duédéno-cholécystostomie). On conçoit l'avantage qu'il y a à exécuter cette anastomose en évitant l'éruption de bile sur la région opératoire.

TECHNIQUE DU PROCÉDÉ

A) Description générale

1° Le premier temps de l'anastomose proprement dite consiste *dans le rapprochement de deux cavités closes* à anastomoser, les portions respectives digestives étant convenablement choisies, comme au cours de toute autre anastomose.

2° *Coaptation et fixation* des séreuses des deux segments digestifs, sur toute la partie qui doit constituer leur anastomose au moyen de :

— soit d'une pince de Chaput, placée à chacune des deux extrémités,

— soit d'un point séparé au fil de lin, séro-séreux, fixant chacune des extrémités des régions à anastomoser.

L'usage des pinces de Chaput est très pratique et nous semble bien préférable.

3° *Pose du surjet séro-musculeux — séro-musculeux postérieur.* — Ce surjet doit être solide, il sera réalisé au fil de lin résistant et prendra à la fois la séreuse et la musculeuse. La pose de ce surjet ne présente aucune difficulté, si les segments sont soigneusement coaptés.

4° Le surjet postérieur posé, on pratique alors *la section de la séro-musculeuse.*

Cette section sera faite au bistouri électrique, dont on promènera la pointe de chaque côté du surjet, à quelques millimètres de lui, sur chaque segment.

La section doit intéresser toute la séro-musculeuse, jusqu'à la *muqueuse.* Celle-ci se reconnaît à ses plis et bourrelets qui font hernie sous la pointe diathermique, et que prudemment on évitera de perforer.

Enfin cette section séro-musculeuse doit être moins longue que le surjet postérieur, à cause en effet des points d'angle, qui doivent enfouir les extrémités des tranches de section.

La section étant faite à la diathermie, il existe peu ou pas d'hémorragie.

5° La séro-musculeuse étant sectionnée, on passe alors à la *pose du surjet antérieur.*

Ce surjet se fait avec le même fil du surjet postérieur, auquel on fait parcourir le chemin inverse.

Ce surjet antérieur, séro-musculeux—séro-musculeux au fil unique doit enfouir et coapter solidement les tranches de section.

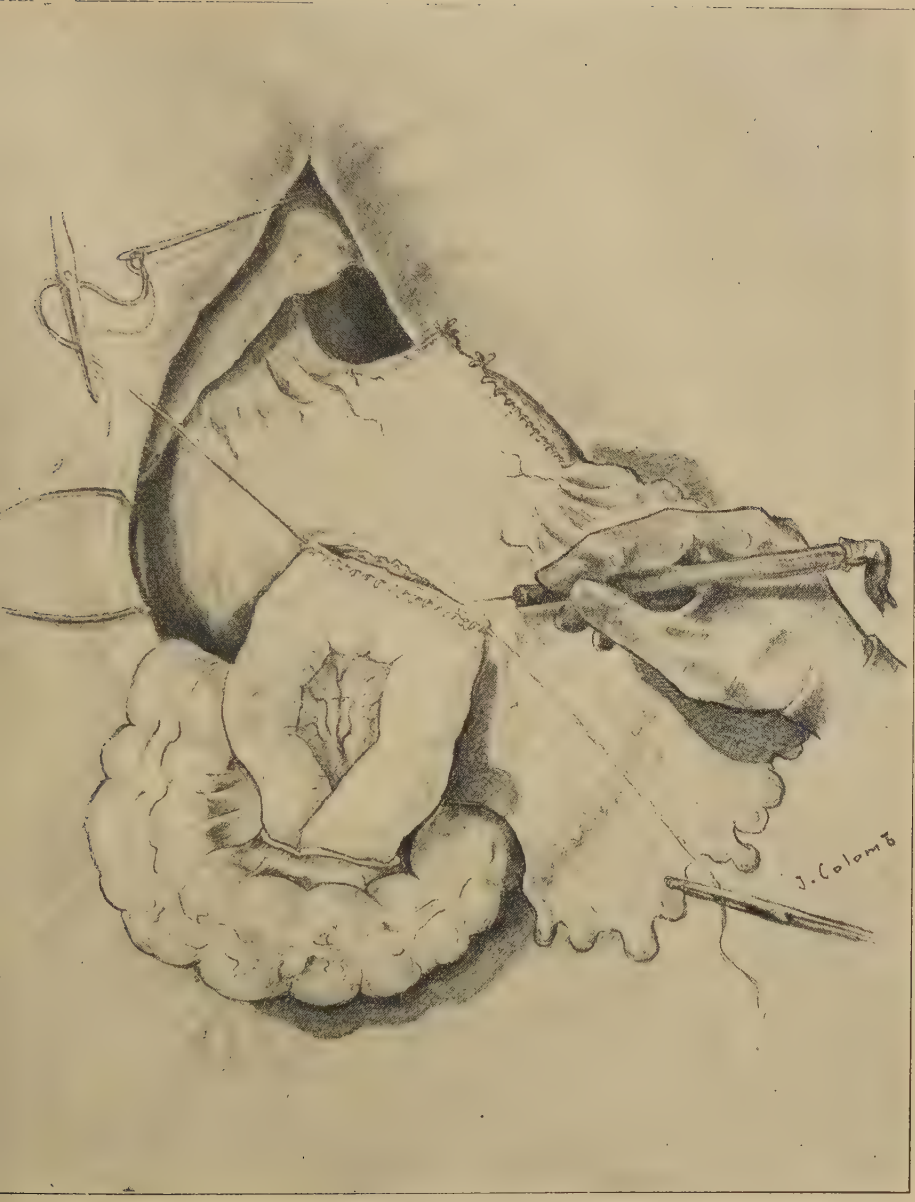
6° La terminaison de ce surjet se fera, comme bien l'on pense, avec son autre chef initial.

L'anastomose est alors terminée.

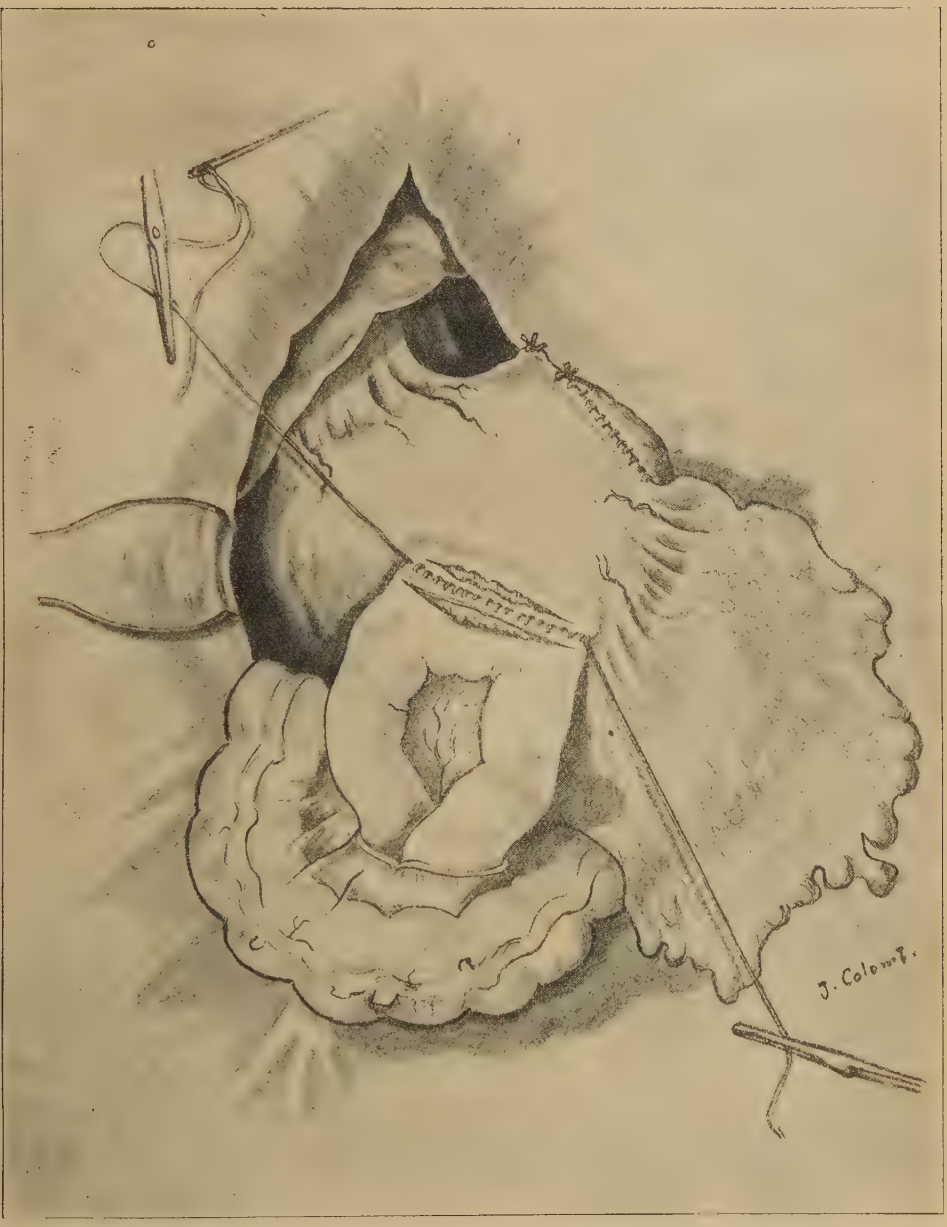
7° On pratique alors immédiatement l'ouverture des cavités, par écrasement des muqueuses entre le pouce et l'index.

Manœuvre extrêmement simple : l'anastomose étant serrée entre le pouce et l'index de la main droite généralement, un simple frottement des deux doigts

I. — Surjet séro-séreux postérieur.



II. — Section de la séro-musculeuse sur l'estomac.



III. — Séro-musculeuses ouvertes sur les deux segments digestifs.

IV. — Surjet séro-musculeux. — Séro-musculeux antérieur.

V. — Écrasement de la muqueuse entre le pouce et l'index entre les tuniques séro-musculeuses

l'un contre l'autre écrase la muqueuse intercalée et déjà mortifiée par le couteau électrique, qui s'ouvre spontanément.

Variantes du procédé et incidents au cours de l'anastomose.

a) Dans certains cas, où les segments digestifs à anastomoser sont très faciles à rapprocher l'un de l'autre, les points de fixation et de coaptation, et l'usage des pinces de Chaput, ne sont pas nécessaires :

On peut d'emblée pratiquer le surjet postérieur.

b) On peut encore, avant toute autre manœuvre, sectionner les séro-musculeuses sur chaque segment, sans les coapter, et pratiquer ensuite le surjet postérieur sur les tranches de section.

c) Il arrive parfois qu'au cours de la section de la séro-musculeuse que l'on pratique jusqu'à la muqueuse, la pointe de l'aiguille diathermique attaque et perfore celle-ci en un point très limité :

Incident sans gravité, si, par la petite perforation ainsi pratiquée, il sort quelque liquide de la cavité, c'est toujours en très petite quantité, et il suffit d'une compresse pour l'absorber entièrement et l'on termine rapidement l'anastomose.

d) Il peut se produire aussi que quelques petits vaisseaux de la séro-musculeuse et de la sous-muqueuse se mettent à saigner, malgré l'action électro-coagulante du bistouri électrique, on les pincera alors et on fera soigneusement leur hémostase, car hé

mostasier les vaisseaux de la séro-musculeuse et de la sous-muqueuse, c'est hémostasier en grande partie les vaisseaux de la muqueuse, tributaires de ceux des tuniques précédentes. Pratiquement, une muqueuse ne saigne pas : MONTPROFIT, dans les dernières années de sa vie, et PAUCHET ne prennent jamais la muqueuse dans leurs sutures.

e) Il peut arriver également que le surjet antérieur n'enfouisse pas du premier coup certains points des tranches de section, on repassera alors ce même fil en ces différents points, et l'on s'assurera ainsi de leur enfouissement.

Ainsi est réalisée une anastomose, *simple*, *rapide*, *sûre*, et absolument *aseptique :* avantage considérable qui lui donne la supériorité sur les autres procédés bien connus des chirurgiens.

B) SES APPLICATIONS

Nous allons maintenant donner ses applications, et étudier les particularités de sa technique, au cours de chaque variété d'anastomose gastrique et intestinale.

GASTRO-ENTÉROSTOMIES

1° *La gastro-entérostomie simple.*

a) La partie de l'estomac et l'anse jéjunale à anastomoser sont mises côte à côte.

b) *Fixation* et *coaptation* des deux segments digestifs par leur séreuse au moyen de

— pinces de Chaput,

— ou de deux points séparés au fil de lin, placés à chaque extrémité des segments.

c) L'aide tirant bien les pinces ou les fils dans le prolongement l'un de l'autre, on pratique le surjet séro-musculeux—séro-musculeux postérieur, puis à trois ou quatre millimètres du surjet, la section de la séro-musculeuse jusqu'à la muqueuse, reconnaissable, ainsi que nous l'avons vu, aux nombreux plis qu'elle forme.

Sur le jéjunum, la section doit intéresser le bord convexe de l'anse, partie la moins irriguée du segment, afin d'avoir un minimum d'hémorragie.

On fait d'ailleurs l'hémostase soigneuse des vaisseaux qui saignent, surtout de ceux de la tranche gastrique, constituée de tissu très vasculaire.

La section doit être évidemment moins longue que le surjet postérieur, toujours à cause des points d'angle du surjet antérieur.

Le reste de l'anastomose se continue, comme indiqué précédemment, par le plan antérieur avec le même fil, en ayant soin de bien pratiquer les points d'angle.

2° La gastro-entérostomie, après résection gastrique, et fermeture de la portion non réséquée, transformée en cavité close :

CAS BILLEROTT II

Ici l'avantage du procédé plus rapide et moins traumatisant que les autres, réside surtout dans la hâte que l'opérateur a d'exécuter le deuxième temps de son intervention, et terminer au plus vite l'opération.

3° La gastro-entérostomie au cours d'une perforation gastro-duodénale. Bien que nous n'ayons pas de cas de perforés traités par ce procédé, il nous semble, *a priori*, qu'il trouverait là une excellente indication, grâce à la simplicité et surtout à la rapidité de son exécution.

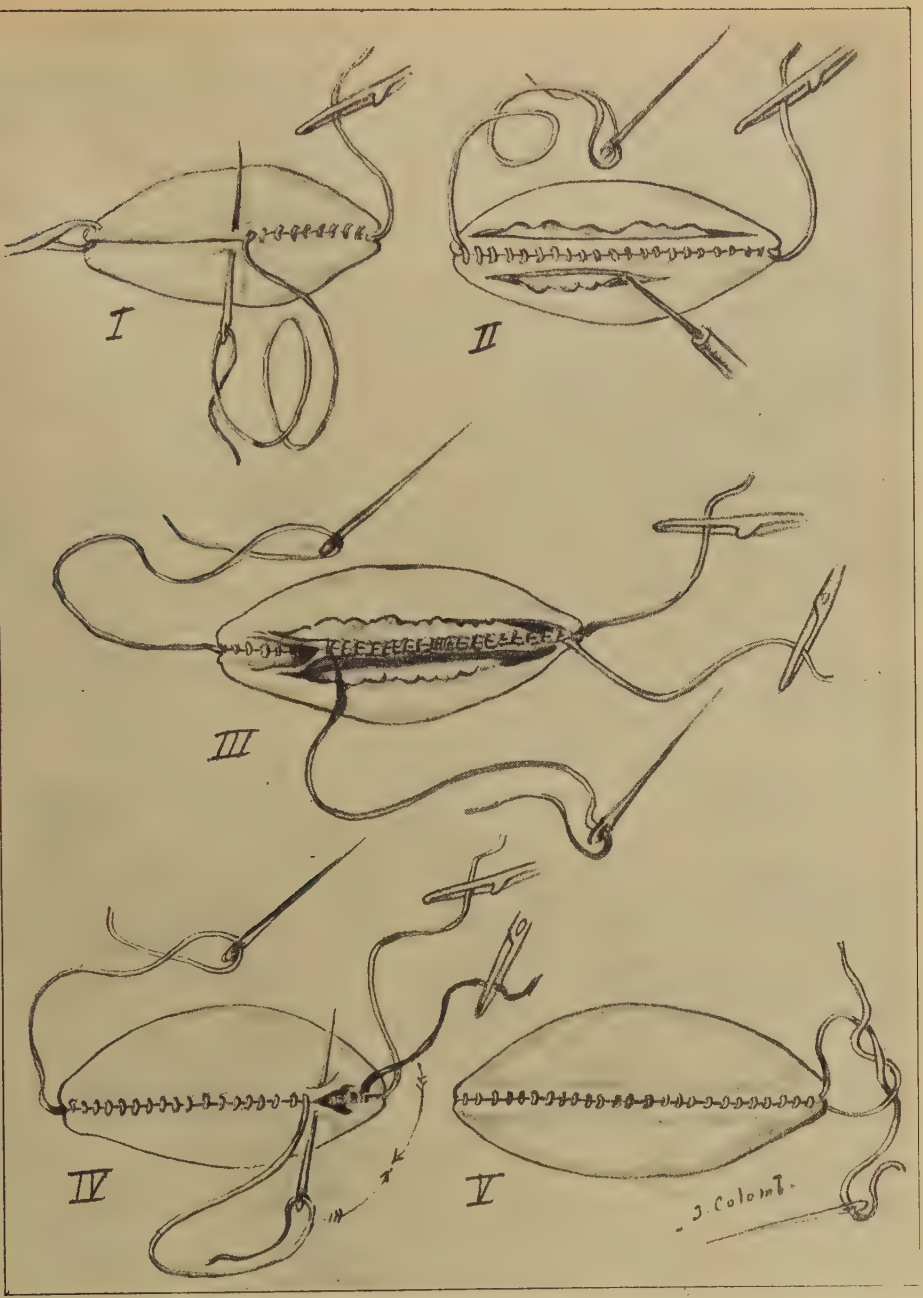
ANASTOMOSES INTESTINALES

C'est ici peut-être l'application la plus importante de toutes.

Faire disparaître les chances nombreuses d'infection dans les anastomoses intestinales, c'est en effet modifier considérablement le pronostic de leurs interventions : tant est grand ici le rôle de l'infection.

1° C'est un procédé dont on peut faire usage pour pratiquer hâtivement une *jéjuno-jéjunostomie complémentaire.*

Ici on peut pratiquer séparément, sans les coapter,



VI. — Différents temps d'une anastomose intestinale, latéro-latérale.

la section des séro-musculeuses sur chaque anse et l'on passe rapidement le surjet postérieur et antérieur.

La section intéressera toujours le bord libre, convexe de l'anse.

Une simple pression de la muqueuse entre le pouce et l'index à travers l'anastomose suffit pour l'ouvrir.

2° Un point de technique particulier se pose pour les anastomoses intestinales proprement dites :

En effet, à cause du risque de désunion secondaire de la suture en un plan, du fait de l'infection si fréquente, il sera bon d'établir l'anastomose en deux plans :

a) D'abord le surjet postérieur, qui, ici, ne sera que séro-séreux, n'intéressant pas la séro-musculeuse;

b) Puis la section de la séro-musculeuse de chaque côté du surjet jusqu'aux plis de la muqueuse;

c) Enfin, second surjet, deuxième plan postérieur, mais ce dernier séro-musculeux—séro-musculeux. Ce surjet réunit la lèvre interne de chaque tranche de section à celle du côté opposé et passe au devant du précédent surjet séro-séreux suivant la technique de Robineau;

d) On continue le reste de l'anastomose avec le même fil, comme pour les autres anastomoses.

Toutes les fois que l'on aura donc à faire une anastomose latéro-latérale intestinale, on procédera ainsi, pour plus de sécurité, avec un plan de renforcement.

DISCUSSION ET CRITIQUE DU PROCÉDÉ

LES AVANTAGES

Nous avons vu, chemin faisant, les nombreux avantages que l'on pouvait tirer de cette méthode.

Le plus considérable d'entre eux, est certainement l'asepsie du procédé d'anastomose.

Quand on sait le rôle que joue l'infection dans la chirurgie intestinale en particulier, on se rend compte que l'on a là entre les mains une arme puissante dans la lutte contre les redoutables complications infectieuses de ces interventions.

Péritonite. — Heureusement rare, qui succède parfois à une simple anastomose avec ouverture des cavités, dont le contenu a pu provoquer l'ensemencement du péritoine et l'inoculation des tissus environnants.

Mais surtout, et avant tout, grâce à ce procédé on verra moins de cas de désunion de sutures par infection, avec ses redoutables conséquences : péritonite... les fistules qui, pendant des années, constituent pour le malade qui en est porteur une gênante infirmité du reste délicate à traiter secondairement.

Asepsie des anastomoses, c'est beaucoup, mais ce n'est pas tout.

L'idéal en quelque sorte est en outre réalisé par la rapidité et la simplicité de l'intervention.

Elle est banale, facile, d'après la technique que nous avons exposée, à la portée de tous les chirurgiens.

Son exécution ne demande que douceur. Pas de traumatisme, qui, ainsi qu'on le sait, constitue une des règles de la chirurgie gastro-intestinale.

Opérer, manœuvrer avec douceur, c'est là le secret même de cette chirurgie délicate.

Et on comprend sans peine la supériorité d'une telle technique sur les autres, par la suppression d'une instrumentation non seulement spéciale, mais encore nuisible, parce que traumatisante.

Suppression des clamps, ces instruments longs et difficiles à poser parfois, et peut-être à l'origine, comme plusieurs ont pu s'en rendre compte, de certains ulcères peptiques du jéjunum.

Attaque qui a déjà été formulée par Van Rossen en 1910, et reprise par Tuffier.

Elle pourrait expliquer, par les divers points sur lesquels se porte la striction, la variabilité de l'ulcus peptique jéjunal.

Dans un cas de Pauchet, on trouva à quelques centimètres de la bouche anastomique, sur le jéjunum, un néoplasme qui avait exactement la forme et la direction du clamp qui avait été posé, dont on retrouvait le quadrillé.

On connaît d'ailleurs les expériences de Denck sur le chien, chez lequel, par traumatisme, il a réussi à produire des ulcus peptiques.

C'est pour cette raison que nombre de chirurgiens

préfèrent actuellement à l'usage des clamps, celui de l'aspirateur électrique : excellent instrument, quand il s'agit d'aspirer le contenu gastrique, et éviter ainsi l'ensemencement du péritoine et des tissus environnants.

Un autre grief peut être également formulé contre l'usage des boutons anastomotiques, qui, pour certains, outre le danger d'occlusion possible ou de non-élimination, entreraient pour une part dans la formation de ces ulcères peptiques, et qui se trouvent ainsi supprimés.

Tels sont les nombreux avantages que l'on peut retirer de l'exécution de cette technique.

Procédé aseptique, simple, rapide, non traumatisant, à la portée de tous les chirurgiens, au grand profit des opérés.

En un mot : rapidité pour l'estomac, relativement peu septique; sécurité pour l'intestin.

REPROCHES QUE L'ON PEUT FAIRE AU PROCÉDÉ

A côté de tels avantages, il ne saurait exister de véritables inconvénients.

On pourrait, à la rigueur, objecter que des hémorragies peuvent survenir dans les heures post-opératoires.

Évidemment, *a priori*, et théoriquement, cela semble possible, mais pratiquement, et fait d'expérience dans les observations que nous rapportons ici, nous n'avons jamais observé cette complication.

L'usage en effet du bistouri électrique en offre vraiment peu de chances.

D'ailleurs, si l'hémostase de la séro-musculeuse et de la sous-muqueuse est correcte, aucun danger n'est à redouter, les vaisseaux de la muqueuse provenant en grande partie des tuniques précédentes.

Pour plus de sécurité d'ailleurs, on portera toujours la section, pour l'intestin, sur son bord libre, convexe, toujours moins irrigué.

Autre reproche que l'on pourrait faire également à la méthode, c'est la désunion des sutures, celles-ci étant faites avec un fil unique.

Nous ne pensons pas qu'il s'agit là d'une critique

justifiée, car si l'anastomose est faite solidement et les sutures bien serrées, il y a peu de chances vraiment de désunion des sutures.

D'ailleurs nous avons vu que l'on peut dans certains cas, surtout lorsqu'il s'agit d'anastomoses intestinales, pratiquer un plan de renforcement.

Quant à l'ouverture de la muqueuse, incident qui peut survenir au cours de ces anastomoses et dû à une faute de technique, on pourrait l'éviter :

— d'abord en pratiquant prudemment la section de la séro-musculeuse.

— en outre, lorsque l'aiguille diathermique sectionnant la séro-musculeuse, va atteindre les plis et bourrelets de la muqueuse, à ce moment il sera bon, au lieu de sectionner, comme on a fait jusqu'à présent, de *pointiller* avec l'aiguille électrique la sous-muqueuse entre ses plis et ses bourrelets; on pourra ainsi éviter de perforer un pli de la muqueuse qui fait hernie.

OBSERVATIONS

Obs. n° 1. — Mme X..., née le 24 juin 1858.
Opérateur : Dr Pauchet.
Entrée à l'hôpital le 15 décembre 1929.
Diagnostic : ulcus juxta-pylorique sténosant.
Opération le 16 décembre 1929.
Compte rendu opératoire :
Résection.
Billerott II.
Gastro-entérostomie diathermique en un seul plan.
Suites opératoires : excellentes.
Pas de vomissements. — Température à 38° le premier jour.
Sortie le 6 janvier 1930. — Guérison.

Obs. n° 2. — M. X..., né le 21 novembre 1890.
Entré à l'hôpital le 17 décembre 1929.
Opérateur : Dr Pauchet.
Diagnostic : Néoplasme cœcal.
Opération le 19 décembre 1929.
Compte rendu opératoire :
Iléo-sigmoïdostomie diathermique avec deux plans; de suture (1 plan de renforcement).
Suites opératoires : normales.
Sorti le 5 janvier 1930.

Obs. n° 3. — M. X..., né le 12 juin 1894.

Opérateur : Dr Pauchet.

Entré à l'hôpital le 17 décembre 1929.

Diagnostic : ulcus duodénal, non acide, non hémorragique.

Opération le 23 décembre 1929.

Compte rendu opératoire :

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique diathermique : un seul plan de suture.

Suites opératoires : excellentes. — Pas de température. — Pas de vomissement.

Sorti le 7 janvier 1930.

Obs. n° 4. — Mlle X..., née le 17 février 1902.

Entrée à l'hôpital le 8 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Périduodénite — sans ulcus.

Opération le 9 janvier 1930.

Compte rendu opératoire :

Gastro-entérostomie diathermique et jejuno-jejunostomie complémentaire diathermique : un seul plan.

Suites opératoires : excellentes. — Pas de température ni de vomissement.

Sortie le 24 janvier 1930.

Obs. n° 5. — Mme X..., née le 21 février 1881.

Entrée à l'hôpital le 12 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Néoplasme pylorique (ulcus dégénéré).

Opération le 13 janvier 1930,

Compte rendu opératoire : Résection. — Fermeture de l'estomac.

Gastro-entérostomie transmésocolique diathermique : un seul plan.

Suites opératoires : normales.

Quitte l'hôpital dans quelques jours.

Obs. n° 6. — M. X..., né le 25 octobre 1872.

Entré à l'hôpital le 11 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Néo non chirurgical du corps de l'estomac.

Opération le 13 janvier 1930.

Compte rendu opératoire : Gastro-entérostomie haute diathermique précolique avec anse longue. — Jejuno-jejunostomie diathermique. — Un seul plan.

Suites opératoires : excellentes. — Pas de température. — Pas de vomissement.

Sorti dans deux jours.

Obs. n° 7. — Mlle X..., née le 10 novembre 1891.

Entrée à l'hôpital le 15 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Ancienne résection segmentaire angle splénique pour dilatation. — Atrésie de la bouche.

Opération le 16 janvier 1930.

Compte rendu opératoire : Anastomose diathermique au-dessous du rétrécissement.

Suites opératoires : Bonnes. La malade doit quitter l'hôpital dans quelques jours.

Obs. n° 8. — M. X..., né le 12 juin 1878.

Entré à l'hôpital le 14 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Néoplasme gastrique.

Opération le 16 janvier 1930.

Compte rendu opératoire : Résection. — Billerott II. — Gastro-entérostomie diathermique en un seul plan.

Suites opératoires : excellentes.

Le malade doit quitter l'hôpital dans quelques jours.

Obs. n° 9. — M. X..., né le 2 octobre 1869.

Entré à l'hôpital le 18 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : ulcus juxta-pylorique.

Opération le 20 janvier 1929.

Compte rendu opératoire : Résection. — Billerott II. — Gastro-entérostomie diathermique et jejuno-jejunostomie diathermique, un seul plan.

Suites opératoires : excellentes. — Pas de température. — Pas de vomissement.

Sortie dans deux ou trois jours.

Obs. n° 10. — Mme X..., née le 8 août 1862.

Entrée à l'hôpital le 16 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Ulcus duodénal et ulcus petite courbure.

Opération le 23 janvier 1930.

Compte rendu opératoire : Résection de Finsterer. — Billerott II. — Gastro-entérostomie et jejuno-jejunostomie à la diathermie.

Suites opératoires : semblent normales. — La malade est encore à l'hôpital. En tous cas, pas de vomissement et les gaz passent bien.

Obs. n° 11. — Mme X..., née le 8 mai 1870.

Entrée à l'hôpital le 7 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Néogastrique avec métastases hépathiques et cachexie.

Opération le 20 janvier 1930.

Compte rendu opératoire : Gastro-entérostomie diathermique antérieure et jejuno-jejunostomie diathermique.

Suites opératoires : mort, qui relève certainement du degré de cachexie avancée de la malade.

Obs. n° 12. — Mme X..., né le 8 décembre 1856.

Entrée à l'hôpital le 23 décembre 1929.

Opérateur : V. Pauchet.

Diagnostic opératoire : Sténose du pylore par néoplasme très étendu vers le haut.

Opération le 25 décembre 1929. — Gastro-entérostomie diathermique.

Suites opératoires : morte le 29 décembre 1929.

Obs. n° 13. — M. X..., né le 12 juillet 1870.

Entré à l'hôpital le 7 janvier 1930.

Opérateur : Dr Pauchet.

Diagnostic : Double ulcus duodénal et gastrique.

Opération le 9 janvier 1930.

Compte rendu opératoire : Résection duodéno-gastrique. — Polya à anse longue. — Jejuno-jejunostomie complémentaire à la diathermique.

Suites opératoires : mort le 14 janvier 1930.

Ici, gravité particulière des ulcus multiples, malade très shocké.

CONCLUSIONS

Le procédé d'anastomoses aseptiques gastriques et intestinales, sans ouverture de la muqueuse et des cavités, au couteau diathermique, mérite, comme nous l'avons vu, de retenir l'attention des chirurgiens.

Sa technique est simple, rapide et confère un maximum d'asepsie et de sécurité.

On est loin de celle qu'employait autrefois Souligoux : technique alors compliquée, nécessitant un écraseur spécial, traumatisante, peu sûre, raisons pour lesquelles d'ailleurs le procédé ne fut jamais répandu.

Transformé, remanié, mis au point par V. Pauchet, grâce à l'usage du bistouri électrique, combien il nous apparaît maintenant plus clair et plus facile à exécuter.

Nous avons étudié également ses nombreuses indications dans tous les cas d'anastomoses en cavités closes, latéro-latérales : dans les gastro-entérostomies et les anastomoses intestinales.

Nous avons exposé dans les plus petits détails les différents points de sa technique, en insistant particulièrement sur les anastomoses intestinales, dans lesquelles il est préférable, à cause de l'infection, d'exécuter un deuxième surjet, de renforcement.

Nous avons montré, à côté de petits inconvénients

facilement évitables, les gros avantages que l'on peut tirer de la pratique d'une telle méthode :

— Simplicité,

— Rapidité, l'absence de traumatisme,

— L'asepsie, surtout importante dans la chirurgie intestinale, où l'infection joue un rôle tellement néfaste.

Enfin, disons en terminant que grâce à l'avènement du bistouri électrique dans la chirurgie, ce procédé devra être généralisé, étant à la portée de tous les chirurgiens, et ayant une supériorité manifeste sur les autres techniques des anastomoses digestives, faites au bistouri ordinaire : l'hémostase, et surtout la *mortification de la muqueuse* par *électrocoagulation*, qui facilite son ouverture, étant réalisées au bistouri diathermique.

VU ET BON A IMPRIMER :
Paris, le 5 février 1930,
Le Doyen de la Faculté de Médecine :
M. ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Paris, le 5 février 1930,
Le Recteur de l'Académie :
M. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Souligoux. — Communications dans la *Presse médicale.* Congrès français de chirurgie. 1896.

Pauchet, Luquet et Le Gac. — Communications dans le *Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris.* Novembre 1929.

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT, NANCY-PARIS-STRASBOURG — 1930